

32893

Lane Medical Library

Beitrag zur Erkennung der Pyelitis.

Inaugural-Dissertation
welche
zur Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin und Chirurgie
mit Zustimmung der
medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin
am 18. Dezember 1906
nebst angefügten Thesen öffentlich verteidigen wird
der Verfasser
Moses Liewschitz
aus Russland (Cherson).

Opponenten:

Dr. med. Lemberg.
Cand. med. W. Trojanowsky.
Dr. med. S. Wojwodoff.

Berlin-Charlottenburg
Druck von J. Załachowski
Stuttgarter Platz 3,

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der
Königlichen Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus.

Berlin, Dezember 1906.

Meinem unvergesslichen seligen Bruder

Ananij

in Liebe gewidmet.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Einleitung.

Eiterungen in den Harnorganen und speziell in den Nieren werden schon von ältesten Schriftstellern, wie Hippokrates, Rufus, Gallen, Aetius u. A. erwähnt. Erst Aretius unterscheidet eine akute und eine chronische Niereneiterung. Einen Versuch, die Eiterungen nach ihrem Ausgangspunkte zu unterscheiden, macht erst Friedrich Hoffman (1761), welcher die oberflächlichen, gutartigen, von tieferen, die ganze Nierensubstanz durchsetzenden, trennt, ganz besonders Sayvages, welcher eine Nephritis vera, calculosa und arthritica unterscheidet. Wir unterscheiden jetzt eine eitrige Entzündung der Nierensubstanz in Form eines größeren Eiterherd - N i e r e n a b z e s s e s; eine eitrige Entzündung in Form multipler Abszesse - N e p h r i t i s s u p p u r a t i v a. Die Entzündung der Schleimhaut der Kelche und des Beckens der Niere wurde zuerst von Rayer von der Entzündung des Nierenparanchyms getrennt und mit dem Namen Pyelitis von »πυελος« »die Wanne« belegt. Fast jede Pyelitis pflegt auch sekundär auf die Nierensubstanz überzugreifen, wenigstens auf den Papillenteil der Markkegel, der in die Kelche hineinragt. Umgekehrt geht eine Nierenentzündung später auch auf Kelche und Becken über. Die Kombination von Pyelitis und Nephritis bezeichnet Rayer als Pyelo-Nephritis. In engerem Sinne reservieren wir diese Bezeichnung für die Fälle, die bereits zu nekrotisch eitrigen Entzündungen geführt haben, und sprechen im übrigen nur von einer Pyelitis. Das Endstadium der eitrigen Pyelo-

Nephritis, wo das Nierenparanchym durch eitrige Einschmelzung vollkommen zerstört ist, und durch das Zusammenfließen der Eiterherde ein einziger großer Eitersack entsteht wird auch als sekundäre Pyo-Nephrose bezeichnet. Kaster nennt diese Entstehung im Verlaufe der Pyelo-Nephritis »Empyem des Nierenbeckens« und die durch Zerfall des Nierengewebes zustande kommenden Eiteransammlungen »Nierenabszesse«.

Idiopathische (rheumatische) Pyelitis.

Die allseits anerkannten ätiologischen Momente der Pyelitis durch toxische, infektiöse Einflüsse u. s. w. will ich übergangen und bloß auf einige gegenwärtig noch strittige Punkte hier eingehen, weil diese sicher besondere Bedeutung beanspruchen dürften. Ich möchte zunächst die Frage zu beantworten suchen, ob es eine Erkältungspyelitis gibt. Aus einigen Andeutungen, die wir bei Hensch, Vogel und Mosler finden, scheint hervorzugehen, daß die genannten Autoren der Annahme nicht abgeneigt sind, es gebe eine idiopathische (rheumatische) Pyelitis. Ganz dasselbe gilt von Rosenstein, der sich in sämtlichen Auflagen seines Werkes über Nierenkrankheiten über diesen Gegenstand folgendermaßen äußert: »In seltenen Fällen tritt die Pyelitis ohne jede nachweisbare äußere Ursache als selbstständiges Leiden auf, daß sich nur unter dem Einflusse unbekannter Schädlichkeiten, vielleicht atmosphärischer Verhältnisse entwickelt. Daß das feuchte Klima dabei von besonderer Bedeutung ist, wird mir aus dem häufigen Vorkommen in Holland wahrscheinlich«. Andere Autoren, wie Lebert, Niemeyer, Ultzmann und Eichhorst erwähnen die Erkältung gar nicht unter den ätiologischen Momenten. Anders wieder Strümpel, der in seinem Lehrbuche der speziellen Pathologie und Therapie ausdrücklich betont, daß die isolierte primäre Pyelitis als selbstständige Krankheit gar nicht vorkomme und das Auftreten einer primären Pyelitis nach Erkältung noch der Be-

stätigung bedürfe. Nothnagel nimmt, wie aus einem Bericht über seine Vorlesungen hervorgeht, ganz entschieden eine Erkältungspyelitis an, Sorgensen hingegen hat in einem erschienenen »Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie«, pag. 274, über den fraglichen Gegenstand sich in folgender Weise geäußert: »Erkältung spielt nach der Ansicht vieler noch immer eine große Rolle in der Ätiologie; man hat von einer Pyelitis rheumatica gesprochen, ob mit Recht!« Prof. Fischl behauptet nach seinen Erfahrungen und nach den Ergebnissen einer speziell auf diesen Gegenstand gerichteten Untersuchung, daß das Vorkommen einer primären Pyelitis, für die wir aus Mangel aller anderen Ursachen unter den gegebenen Verhältnissen, bei der Einwirkung rascher Abkühlung etc. eine Erkältung annehmen dürfen, keineswegs zu den Seltenheiten gehöre. Fischl hält die Kenntniß dieser P. rheumatica deshalb für so wichtig, weil sie als ein ziemlich häufig vorkommendes Leiden gefunden wird, wenn man nur bei einer jeden noch so leichten Affektion den Harn fortdauernd genau untersucht, und weil auch er der Ansicht ist, daß gewisse diätetische Maßnahmen notwendig sind, wenn der Ablauf dieser Pyelitis sich zu einem günstigen gestalten soll.

Traumatische Pyelitis.

In Betreff des Trauma als Ursache der Pyelitis sind die Ansichten der Autoren geteilt. Rosenstein hält es für zweifelhaft, ob äußere auf die Lendengegend einwirkende Schädlichkeiten als direkte Ursachen einer Pyelitis anzusehen wären; Fürbringer hingegen scheint an einer solchen Annahme nichts Auffallendes zu finden, da er in seinem Lehrbuch »Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane« nach Aufzählung mehrerer ätiologischer Momente sagt: »Die Summe der genannten Ursachen erschöpft selbst mit Einschluß der direkten Traumen noch nicht die Ätiologie dieser Krankheit«. Andere Autoren, wie z. B. Ultzmann,

Eichhorst, Strümpel, Erbstein, erwähnen das Trauma gar nicht. Dem entgegen erwähnt Fischl, daß solche Fälle zu finden sind, wenn auch äußerst selten.

Differentialdiagnose der Pyelitis.

Obgleich Pyelitis ein häufiges Leiden ist, kann man die sichere Diagnose oft nicht gleich stellen, da die klinischen Symptome in manchen Fällen nur mangelhaft ausgesprochen sind. Und doch ist die Diagnose »Pyelitis«, wie ich an einigen Beispielen zeigen werde, von hoher praktischer Bedeutung, sowohl in Betreff der Prognose, als auch wegen der einzuschlagenden Therapie. Die latent verlaufenden Pyelitiden gehören nicht zu den Seltenheiten und sind durch eingehende Untersuchung zu erkennen. Der Grund, weshalb die Diagnose »Pyelitis« am Krankenbette nicht sofort gestellt wird, ist teils in dem Umstande zu suchen, daß diese Affektion häufig sehr rasch und unter wenig allarmierenden Symptomen verläuft, teils dadurch erklärlich, daß in einer größeren Reihe von Fällen die allgemeinen Erscheinungen auf ein Ergriffensein des Nierenbeckens gar nicht hinweisen. Ferner finden wir auch, daß bei Pyelitis calculosa die Schmerzen keineswegs immer jenen in den meisten Lehrbüchern angegebenen Verlauf längs den Uretheren nach d. Genitalien hin etc. zeigen, der einen Schluß auf den Sitz der Affektion ermöglichen kann, man begegnet vielmehr Fällen, bei denen die Lokalisation der Schmerzen eine derartige ist, daß man geneigt ist, eher an eine einfache Cardialgie oder Darmkolik zu denken. Auch die makroskopische Beschaffenheit des Harns bietet im Beginne, was Farbe und Durchsichtigkeit betrifft, nichts Abnormes dar. In anderen Fällen, insbesondere bei der primären und absteigenden Form, beginnt die Pyelitis plötzlich. Mitten in bester Gesundheit werden die Kranken von Fieber, Kopfschmerzen, Schmerzen an der Wirbelsäule, Uebelkeit und Erbrechen heimgesucht und sehen in diesem Zustande einem Typhus-

kranken nicht unähnlich, so daß ohne charakteristischen Urinbefund, ohne den Nachweis eines Tumors in der Nierengegend und ohne Mangel der sonst für Typhus charakteristischen Zeichen eine Differentialdiagnose ein Ding der Unmöglichkeit wäre.

In wieder anderen Fällen — hierher gehören besonders die aufsteigenden Formen — entwickelt sich die Krankheit schleichend, so daß es oft einer äußerst sorgfältigen und oft wiederholten Untersuchung bedarf, um die Diagnose zu sichern. Erst allmählich und oft nach langer Zeit treten örtliche und allgemeine Symptome auf, die das Bestehen einer Pyelitis offenkundig machen. Bei einer anderen Form der Pyelitis, der von vielen Autoren in Abrede gestellten idiopathischen, liegt die Sache gewöhnlich so, daß man eher an Muskelrheumatismus, an beginnende Peritonitis, Appendicitis, Salpingitis etc. denkt, als an ein Leiden des Nierenbeckens.

Unter den örtlichen Symptomen ist in erster Linie der *Lendenschmerz* zu nennen. Derselbe tritt spontan auf und besteht meist ohne Unterbrechung mit wechselnder Intensität längere Zeit fort, oder er wird erst durch Druck auf die Nierengegend ausgelöst. Dieses Symptom ist sehr konstant und der Sitz der Schmerzen rechts oder links der Wirbelsäule in Nierenhöhe. Selten ist der Schmerz nur auf eine Seite beschränkt, immer aber wird bei einseitiger Erkrankung die entsprechende Seite als der Hauptsitz des Schmerzes angegeben, so daß bei dem Vorhandensein aller übrigen Symptomen die Lokaldiagnose auf keine weitere Schwierigkeiten stößt. Der Lendenschmerz strahlt gewöhnlich nach verschiedenen Richtungen hinaus, so nach den Schultern oder den unteren Extremitäten, auch entlang den Urethern, sowie nach Blase und Hoden hin. Geringfügige Anlässe können ihn bis zur Unerträglichkeit steigern und dem Patienten die Rückenlage unmöglich machen. In anderen Fällen tritt er überhaupt paroxysmal auf, hervor-

gerufen durch Kälte, Anstrengungen oder heftige Körperbewegungen. Deshalb vermeiden es die Patienten, ihre Lage im Bett oft zu wechseln, zu husten oder zu niesen etc., weil dies gewöhnlich Veranlassung zu einer Steigerung der Schmerzen gibt, wogegen Ruhe, Wärme und Seitenlage zur Besänftigung derselben beitragen.

Ein zweites wichtiges, aber nicht zu konstantes Symptom ist das Auftreten eines Tumors in der Nierengegend. Der Tumor muß natürlich eine gewisse Größe erreichen, um der Palpation zugänglich zu werden. Häufig ist dies aber nicht der Fall, und dann beschränkt sich der Befund nur auf ein mehr oder weniger ausgeprägtes Resistenzgefühl auf der Seite der erkrankten Niere. Bisweilen kann aber die Geschwulst, besonders bei Verstopfung des Urethters durch ein Konkrement oder bei Obliteration desselben, eine sehr bedeutende Dimension — bis Mannskopfgroße — erreichen und mehrere Liter Eiter oder eitrigen Urin enthalten. Mit den vorderen Bauchdecken tritt ein pyelitischer Tumor nie in Kontakt, immer ist er von Darmschlingen bedeckt. Doch kann nach Perforation des pyelitischen Tumors der auftretende Eiter das Peritoneum von der Wirbelsäule abheben, die Darmschlingen bei Seite drängen, so daß schliesslich das vorher die Vorderfläche der Niere und die Wirbelsäule bedeckende Bauchfell mit den Bauchdecken in Kontakt kommt. Eine weitere Eigenschaft pyelitischer Tumoren ist die an denselben bei genügender Füllung oft leicht, manchmal aber schwierig nachweisbare Fluktuation, sowie ein sehr charakteristischer Wechsel in ihrem Volumen, der sich durch die zeitweise erfolgende Entleerung größerer Eitermengen, die dann im Urin zum Vorschein kommen, erklärt.

Als weitere wichtige Symptome sind Anomalien zu nennen, die bei der Harnentleerung auftreten. Zunächst besteht als subjektives Symptom, besonders bei Mitbeteiligung der Blase, Harndrang. Die Kranken empfinden

das Bedürfnis, binnen kurzer Zeit oftmals die Blase zu entleeren. Die Harnentleerung selbst geht nicht selten unter großen Schmerzen von statten, und dabei kann sich die Menge des entleerten Urins auf wenige Tropfen beschränken. Bei der chronischen Pyelitis ist dagegen die Abnahme der Harnmenge selten, häufiger eine Zunahme bis auf das Doppelte und Dreifache der Norm, infolge einer verminderten Resorption von Harnwasser in der Marksubstanz der ergriffenen Niere. Entsprechend der Menge ist das spezifische Gewicht normal oder häufiger verringert; es schwankt zwischen 1015 und 1019. Die Reaktion ist in sehr vielen Fällen sauer; immer bei primären Pyelitiden. Bei den aufsteigenden Formen aber, die häufig mit Harnretention einhergehen, nimmt dieser infolge eintretender ammoniakalischer Gährung alkalische Reaktion an.

Eines der wichtigsten Symptome stellt das Auftreten von Eiter dar, es kommt zur Pyurie. Der Harn wird trüb gelassen und sondert nach einiger Zeit ein Sediment ab; der über dem Bodensatz stehende Harn bleibt trüb durch die Anwesenheit von Schleim, welcher suspendiert ist und in seinen Maschen noch Eiterkörperchen eingeschlossen enthält. Das Harnsediment selbst kann bis zu einem Viertel des Harnvolumens und darüber ausmachen, wenn die Eiterkörperchen, welche teils vereinzelt, zum Teil aber, wenn die Nierenpapillen bereits mitergriffen sind, wenn also nicht mehr eine reine Pyelitis besteht, zu Flocken und selbst förmlichen Eiterpfropfen zusammengeballt erscheinen. Diese können den Urether an seiner Mündung oder auch in seinem Verlauf verstopfen und hierdurch kolikartige Schmerzen, Vergrößerung des Nierentumors etc. herbeiführen, bis der Pfropf durch den eintretenden erhöhten Druck im Tumor durchgepreßt wird und die Passage wieder frei gibt, worauf nach Entleerung einer größeren Eitermenge die Symptome sich verringern oder gar verschwinden können, bis eine erneute Verstopfung durch

einen anderen Pfropf die ganze Szene wiederholt. Dasselbe Bild findet man natürlich bei Verletzung des Urethers durch Konkremeute. Ist dabei die andere Niere gesund, so kann während der Kolikanfälle der Urin völlig normal sein, um dann plötzlich beim Nachlassen der Schmerzen oft enorme Eiterungen zu zeigen. Dieses Vorkommnis ist als intermittierende Pyurie bezeichnet worden.

Außer diesen Eiterzellen und Eiterpföpfen findet man im Sediment Epithelzellen verschiedener Art, aus den Sammelröhrchen der Nierenpapillen, aus dem Nierenbecken und aus der Blase. Besonders den Nierenbeckenepithelien hatte man anfänglich großen diagnostischen Wert beigelegt.

Dieselben zeigen, wenn sie aus den tieferen Schichten stammen, Fortsätze; sie stellen sich als sogenannte geschwärzte Zellen dar und sind des öfteren dachziegelförmig angeordnet. Bald jedoch fand man, daß diese Zellen auch bei ausgesprochener Pyelitis nicht eben sehr häufig im Harnsediment vorkommen und außerdem morphologisch den Epithelien aus den tieferen Schichten der Blasenschleimhaut so ähnlich sind, daß es unmöglich erschien, dieselben mit bestimmter Gewißheit als aus dem Nierenbecken stammend anzusprechen, woraus sich eine ganz bedeutende Einschränkung ihres diagnostischen Wertes ergibt.

Fettige Degeneration soll sich nach Michaelis bei Pyelitis an den Zellen im Harnsediment nie finden, doch machen mehrere Autoren hinter dieser Angabe ein Fragezeichen, und andere geben an, daß sich im Sediment auch Fetttröpfchen finden, die wohl nirgends anders als von fettig zerfallenen Zellen herrühren können. Auch Erbstein hält Fettbeimengungen zum Urin bei Gelegenheit der Mitteilung eines Falles, in dem sehr große Fettmengen mit Haematoidinkrystallen und amorphen Haematoidin ausgeschieden wurden, für etwas sehr seltenes.

Wie ich schon oben hervorgehoben habe, liefert der Harn die hauptsächlichsten Zeichen für die Erkrankung der chronischen wie der akuten Pyelitis; besonders die Beimengung von Schleim und Eiter mit oder ohne Blut. Solche Beimengungen zeigt aber der Harn auch bei Affektionen der abwärts vom Nierenbecken gelegenen Harnwege, der Uretheren, der Blase und Harnröhre, ferner kann aus den Nieren Eiter in den Urin gelangen oder aus außerhalb des Harnapparates gelegenen Teilen, und sich dem Urin beimischen. Diese letzteren dem Harnapparat selbst nicht primär angehörenden Affektionen (Vereiterungen in der näheren oder fernerer Nachbarschaft, wie z. B. in der Prostata, den Parametrien usw.) sind im Allgemeinen leicht durch ihre anderweitigen Symptome auszuschließen. Was die Affektionen des Harnapparates selbst anbetrifft, so geben sich diejenigen der Harnröhre (Entzündungen und Geschwüre) dadurch zu erkennen, daß der Eiter auch unabhängig von der Harnentleerung und auch durch drücken und streichen der Harnröhre zum Vorschein kommt. Eiterungen der Harnleiter kommen für sich allein äusserst selten vor und haben in praktischer Beziehung dieselbe Bedeutung, wie die Nierenbeckeneiterung, von der sie auch diagnostisch kaum sich trennen lassen und getrennt zu werden brauchen. So bleibt denn für gewöhnlich der Diagnose nur die Aufgabe, eine Affektion der Blase (Entzündung und Verschwürung) und eine solche der Nieren auszuschließen. Schon Rosenfeld hat zur Differenzierung von der Cystitis als Charakteristika für den Urin bei Pyelitis angegeben.

- 1) Saure Reaktion;
- 2) amöboid verzernte Form der weißen und stärkere Veränderung der roten Blutkörperchen im Sediment (gegenüber runden und wohlerhaltenen Blutkörperchen bei Cystitis);
- 3) vor allem einen schon bei schwacher Eiterbeimengung auftretenden Eiweißgehalt von 0,1 bis 0,15

Prozent und mehr; während bei Cystitis auch im Fall maximaler Eiterung dieser Gehalt nicht überschritten wird.

Diese Regel sah er bei der Punktion eines hydronephrotischen Sackes bestätigt: in den auf die Operation folgenden Tagen wurde ein saurer Urin mit nur 1—2 mm hohem Sediment, das fast ganz amöboid verzerzten Leucocyten und spärlichen entfärbten roten Blutkörperchen bestand, und mit Eiweißgehalt von 0,175 Prozent entleert.

Wichtiger ist, wie ich schon oben erwähnt habe, das Auftreten einer Anschwellung in der Lendengegend. Zu größerer Sicherheit dient dann noch der von v. Bergmann angegebene Kunstgriff-Probepunktion und Probeinjektion. Jener besteht darin, daß man nach gründlicher Auswaschung der Blase einen Druck auf die Geschwulst ausübt, um zu sehen, ob darnach sich Eiter aus dem eingeführten Katheter entleert.

Die größte Sicherheit bietet natürlich die Cystoskopie, durch welche es gelingt, direkt den Abfluß der eitrigen Sekrets aus dem Urether, und bei doppelseitiger Affektion, aus beiden Uretheren zu beobachten, und zugleich die Beschaffenheit der Blase, namentlich das Fehlen oder Bestehen einer Blasenaffektion neben einer etwaigen einseitigen oder doppelseitigen Pyelitis, also einer Cysto-pyelitis festzustellen, deren Erkennung ohne die Cystoskopie große Schwierigkeiten machen kann.

Die Unterscheidung einer Pyelitis von der gewöhnlichen Nierenentzündung ist im allgemeinen nicht schwierig. Dieser kommt ein stärkerer Eiweißgehalt, ein Sediment von Zylindern, Nierenepithelien und einkernigen Leucocyten zu, abgesehen von den sonstigen Symptomen, wie Wassersucht und dergl. Dagegen ist geringer Eiweißgehalt neben einem Sediment von polynucleären Eiterkörperchen und Plattenepithelien der ersteren eigentümlich,

Mit der indurativen Nephritis (Schrumpfniere) kann die chronische Pyelitis die Vermehrung der Harnmenge und den geringeren Eiweißgehalt gemein haben, aber es fehlt die Veränderung am Gesäßapparat und am Augenhintergrund, während wiederum der Schrumpfniere das eitrige oder schleimigeitrige Sediment fehlt.

Als Illustration zum obengesagten möchte ich zum Schluß meiner Arbeit noch einige Beispiele hinzufügen, die ich teils aus der Literatur, teils durch gütige Überlassung aus dem Charité-Krankenhaus entlehnt habe, bei denen zuerst trotz täglicher sorgfältiger Urinuntersuchung durchaus kein Anhalt für die Diagnose einer Pyelitis zu gewinnen war, sondern man zunächst an andere Affektionen denken mußte, wie an eine Appendicitis, rheumatische Pleuritis, akuten Magenkatarrh etc., bis man eines Tages unerwartet im Urin die deutlichen Zeichen für eine Pyelitis fand und so endlich zur sicheren und richtigen Diagnose kam.

I. Fall.

Jahresbericht über Fortschritte der Medizin. (1873).

Eine Kranke klagte über Schmerzen in der Gegend des Colon descendes, und zwar ungefähr in der Mitte desselben entsprechend. Die Schmerzen wurden beim Druck gesteigert, es bestand mehrtägige Stypsis, Meteorismus und Erbrechen. Nach Darreichung von Abführmitteln trat etwas Erleichterung ein, ohne daß jedoch ausgiebige Entleerungen erfolgten, oder der Meteorismus geschwunden wäre. Als bald darauf abermals heftige Schmerzen im Unterleib unter Collapserscheinungen auftraten, wurde die Urinuntersuchung abermals auf Albumen gemacht. Bei dieser Gelegenheit unterzog man auch das nach mehreren Stunden entstandene Sediment einer mikroskopischen Prüfung und

land zu nicht geringem Erstaunen zahlreiche rote und weiße Blutkörperchen, einzelne hyaline und epitheliale Zylinder, Epithelien der Sammelröhren, sowie eine große Zahl von Harnsäurekrystallen — ein Befund, der für eine Pyelitis calculosa ganz charakteristisch war. Selbstverständlich mußte nun auf Grund dieses Befundes die früher auf Impermeabilität des Darmkanals lautende Diagnose zurückgenommen und eine Affektion des Nierenbeckens angenommen werden. Es dauerte auch nicht lange, bis es zum Abgange mehrerer Konkreme kam, von denen einige in der Harnröhre stecken blieben und instrumentell entfernt werden mußten. Der Meteorismus dürfte im ersten Momente vielleicht etwas auffällig erscheinen, bei näherer Überlegung jedoch wird eine Deutung wohl keine Schwierigkeiten machen. Er kann durch Koprostase entstanden sein und so als eine Komplikation aufgefaßt werden; ferner müssen wir daran denken, daß jeder depressive Affekt zur Tympanie führen kann, und es waren hier auch recht heftige Schmerzen vorhanden. Schließlich kann ein Meteorismus auch auf eine ausstrahlende Enteralgie zurückgeführt werden, deren Einfluß auf das Zustandekommen des Meteorismus sich in der Weise erklären läßt, daß der gereizte Splanchnicus hemmend auf die peristaltische Bewegung des Darmes einwirkt.

II. Fall.

(Jahresbericht über Fortschritte d. Medizin 1873)

Fräulein M. 19 Jahre alt, von sehr kräftiger Konstitution, bisher niemals krank und von gesunden noch lebenden Eltern abstammend, besuchte im Monate Februar während eines stürmischen, naßkalten Wetters den Gottesacker; die Dame verweilte über 1 Stunde dort und trat stark durchnäßt den Rückweg an. Zu Hause wurde sie von heftigem Frösteln befallen, das mit Hitzegefühl abwechselte; in der darauffolgenden Nacht traten Schmerzen im Thorax auf, es

kam zu mehrmaligem Erbrechen und zu einem so intensiven Krankheitsgefühl, daß der Arzt schon in früher Morgenstunde des nächstfolgenden Tages herbeigeholt wurde. Der Arzt fand die Kranke leicht fiebernd, sie klagte über Schmerzen vorwiegend in der rechten Thoraxhälfte von der VIII bis XI Rippe, entsprechend der Lin. mamilaris und parasternalis. Jede Berührung daselbst steigerte die Schmerzen, die hie und da auch an korrespondirenden Stellen der linken Thoraxhälfte sich einstellten, ohne das jedoch bei der genauesten, wiederholt vorgenommenen Untersuchung irgend ein Anhaltspunkt für die Annahme einer Erkrankung der an dieser Stelle gelegenen thorakischen und abdominalen Organe gewonnen werden konnte. Einige Dosen Morphinum genügten, die Schmerzen gänzlich zu beseitigen, die dann auch ebensowenig wiederkehrten, wie das Erbrechen und Fieber, so daß das Individuum keine weiteren Klagen zu führen hatte und man von der Existenz einer noch bestehenden krankhaften Affektion keine Ahnung gehabt hätte, wenn der Arzt nicht schon bei dem ersten Besuche eine Harnprobe abverlangt und dieselbe noch an demselben Tage einer genauen Untersuchung unterzogen hätte. Der Arzt fand sowohl beim Kochen des Urins, als auch bei der Prüfung mittelst Salpetersäure eine so enorme Eiweißmenge, daß er an das Vorhandensein einer Nephritis dachte und deshalb mehrere Stunden später, nachdem sich mittlerweile ein reichliches Sediment gebildet hatte die Mikroskopie vornahm. Diese ergab folgenden Befund: Neben äußerst spärlichen roten Blutkörperchen, die nur höchstens zu 1 bis 2 Exemplaren auf einem Sehfelde entdeckt werden konnten, zeigten sich große Mengen von weißen Blutkörperchen, die das ganze Sehfeld bedeckten und stellenweise zu zylindrischen Pfropfen vereinigt waren. Nach längerem Suchen kam der Arzt auch auf einen Zylinder (welcher Art ist nicht angegeben) und schließlich auf Epithelzellen, die nach Größe, Form und namentlich nach Anordnung der einzelnen Ele-

mente in Röhrenform mit Sicherheit als Gebilde erkannt wurden, die den Sammelröhren entstammten. Ueber den weiteren Verlauf des Leidens wurde noch hervorgehoben, daß der oben angeführte Harnbefund (das Vorhandensein von Albumen in größeren Quantitäten und morphotischer Elemente) etwa eine Woche hindurch unverändert fortbestand; hierauf verloren sich die Pfröpfe und es nahm das Eiweiß derart ab, daß es nur noch (etwa normal) im Verhältnis zu den vorhandenen Eiterzellen stand; ebenso verloren sich die roten Blutkörperchen, die Epithelien der Harnkanälchen und die Zylinder und es ließen sich von nun an in dem noch immer reichlichen Sedimente lediglich Eiterkörperchen stets in grosser Menge nachweisen. Gegen Ende der zweiten Woche verminderte sich auch das eitrige Sediment, und um die Mitte der dritten Krankheitswoche war im Harne keine Spur einer krankhaften Veränderung mehr aufzufinden.

In diesem Falle dürfte die Diagnose auf idiopathische Pyelo-Nephritis gestellt werden, da es sich weder um eine selbstständige Nephritis, noch um eine Pyelitis calculosa und ebensowenig um eine Cystitis gehandelt haben konnte.

Bei dem Mangel an Oedemen schien die Annahme einer isolierten, akuten Nephritis ganz unwahrscheinlich, mit Sicherheit sprach aber der mikroskopische Befund gegen eine derartige Diagnose. Von Elementen, die wir auf die Niere selbst zu beziehen hatten, waren nur spärliche Epithelen der Harnkanälchen (Sammelröhren) und einzelne Zylinder in den ersten Tagen des Leidens zu konstatieren, später verschwanden diese spurlos und es ließen sich nur Eiterzellen, aber in großen Mengen auffinden — einen solchen Befund von isolierten, sehr zahlreichen Eiter-Zellen, vermag man bei einer Nephritis niemals zu statuieren, wenn nicht gleichzeitig die anderen morphotischen Elemente, wie granulierten Zylinder und andere charakteristische Bestandteile mehr in entsprechend reichlichem Maße vorhanden sind.

Eine Verwechslung mit Cystitis ließ sich in diesem Falle, wo wenigstens im Beginne der Affektion Elemente aus der Niere (Epithelien, Harncylinder) deutlich nachweisbar waren, leicht vermeiden, es sprach überdies der Sitz der Schmerzen, das Fehlen des Harndranges gegen Cystitis. Daß es sich in der Tat um eine idiopathische und nicht etwa um eine Calculöse Pyelitis gehandelt hatte, die häufig genug zur Beobachtung gelangt, dafür sprach einerseits der Umstand, daß die Schmerzen bei der Kranken keineswegs jene Intensität zeigten, die für das Vorhandensein einer Calculosis renalis so charakteristisch ist, anderseits ist der mikroskopische Harnbefund bei der P. calculosa ganz verschieden von jenem, der bei der Kranken konstatiert wurde. Bei P. calculosa übertreffen die roten Blutkörperchen (fast ausnahmslos) an Zahl die anderen morphotischen Elemente; man findet ferner zahlreiche Krystalle von Harnsäure oder von oxalsaurem Salz, mitunter auch beide gleichzeitig im Harnsedimente, was bei dieser Kranken niemals der Fall war, obgleich der Harn täglich untersucht worden war. Was die praktische Bedeutung dieses Falles bezüglich der Diagnose Pyelitis anlangt, so würde das Leiden ohne genaue mikroskopische Untersuchung des Harns als einfacher Muskelrheumatismus angenommen worden sein, und die Kranke, die vom zweiten Krankheitstage an über keine Beschwerden zu klagen hatte, wäre aus der weiteren Beobachtung entlassen worden.

III. Fall.

Aus dem Kgl. Charité-Krankenkause.

Frl. Bertha Matkes, 44 Jahre, Kassiererin. Kinderkrankheiten: Masern im 7. Lebensjahre, daran anschließend Wurm-
fieber. Aus späteren Krankheiten: Zwischen dem 28. und 32. Lebensjahre litt Pat. an Anfällen, bei denen sie plötzlich das Bewußtsein verlor und hinstürzte; im Anfall soll sie ruhig gelegen haben, keine Krämpfe, kein Zungenbiß. Dauer

der Anfälle bis zu 10 Minuten, einmal Verletzung beim Sturz am linken Auge. Wiederholung der Anfälle jede 9. bis 10. Woche. Seit dem 32. Jahre (1893) kein Anfall mehr. Menses haben mit 16 Jahren begonnen, waren meist regelmäßig, schwach und ohne Beschwerden. Seit dem 29. Juli 1905 ist Pat. in der Monopause.

Die jetzige Krankheit begann am 10. V. 05 ganz plötzlich mit Kreuzschmerzen und Schmerzen im Leibe; nach dem Mittagessen steigerten sich die Schmerzen derart, daß Pat. zu jeder Arbeit unfähig war und sich niederlegen mußte. Pat. erbrach 3 mal; im Erbrochenen wurde kein Blut oder sonst etwas Auffälliges von der Pat. bemerkt. Da die Schmerzen unerträglich wurden, zog man einen Arzt hinzu, der Opium verordnete und Pat. der Charité überwies. Partus, Abortus, Infectio. Potus - 0.

Status praesens.

Frau von ziemlich grosser Statur, in gutem Ernährungszustande. Hautfarbe blaß, das Gesicht etwas gerötet, Lippen und Conjunctiven etwas blaß. Odeme, Exantheme, Narben, Drüsen, Decubitus sind nicht vorhanden.

Respirationsorgane: Thorax breit und symmetrisch. Atmung oberflächlich. Lungengrenzen: H. u. XI Proc. spinos.; v. u. VI. Rippe in der r. Mml; v. o. r. u. l. 4 cm über d. Clavicula. Percussion ergibt überall reinen Lungenschall, nirgends Abschwächung. Auskultation ergibt überall vesikuläres Atmen ohne Nebengeräusche. Husten und Auswurf fehlt.

Zirkulationsorgane: Herz in normalen Grenzen. Töne rein, Puls etwas beschleunigt, regelmässig, gut gespannt.

Digestionsorgane: Zunge ist etwas geschwollen und ziemlich stark belegt. Pharynx etwas gerötet. Das ganze Abdomen ist äußerst schmerzhaft. Am empfindlichsten ist die Magenegend und Ileocoecalgegend. Nach der Symphyse zu nimmt die Schmerzhaftigkeit ab, ist aber auch da vorhanden. In der Ileocoecalgegend ist eine Resistenz zu fühlen, deren Charakter noch unklar ist. Die Leber ist nicht ver-

größert, ebenso wenig die Milzdämpfung; die Milz ist nicht palpabel. Es besteht Übelkeit und häufiges Aufstoßen. Das Kreuz ist auf Druck schmerzhaft, ebenso die untere Lendenwirbel und die Gegend seitlich von der Lendenwirbelsäule.

Sensibilität: Störungen in der Sensibilität sind nicht nachweisbar. Die Motilität ist unverändert. Die Pupillen sind eng und reagieren auf Lichtanfall. Die Kniereflexe sind gesteigert. Die Bauchdeckenreflexe sind in normaler Weise auslösbar. Bobinsky und Fußklonus fehlt. Therapie: 0,04 Morphii; warme Umschläge um den Leib, Flüssige Kost.

Tagesbericht.: 10. V. Die Schmerzen sind noch immer sehr stark. Die Resistenz in der Ileocoecalgegend ist noch vorhanden. Kein Stuhlgang. Am gestrigen Vormittag ist wiederholt Erbrechen aufgetreten. Heute starkes Übelsein; heftiges Aufstoßen.

Der Urin wird von der Pat. nicht spontan entleert, das Catheterisiren ergibt ca 900 ccm Urin. Alb—; Sacch—; Indican +; Diazo — Genikologischer Befund negativ. Nachmittags wieder Erbrechen grünen Mageninhalts. Temperatursteigerung auf 30 °, Puls 110.

11. V. Im Urin Alb.+ (ca. $\frac{1}{8}$ o/oo), im Sediment rote und weiße Blutkörperchen, keine Zylinder, spärlich geschwänzte Nierenbeckenepithelien. Zahl der weißen Blutkörperchen 6650.

12. V. Die Schmerzen haben nachgelassen, nur die rechte Nierengegend ist noch sehr schmerzhaft, Leichtes Übelsein mit geringem Singultus besteht noch, auch hat Pat. mehrfach — grünen flüssigen Mageninhalt erbrochen. — Urin: Alb+, saure Reaktion, im cystoskopischen Bilde erscheint die Blasenschleimhaut blaß und unverändert, die Uretheren sind sehr schwierig aufzufinden. Es gelingt in den rechten Urether einen Katheter einzuführen und einen trüben, Blut enthaltenden Harn zu gewinnen. Der linke Urether wird nicht gleich gefunden und es wird auf seine Katheterisation verzichtet. Der aus dem rechten Katheter ge-

wonnene Urin hat ein ziemlich reichliches Sediment. Im mikroskopischen Bilde sieht man zahlreiche rote Blutkörperchen, spärliche Leucocyten und geschwänzte Nierenbeckenpithelien. Keine Zylinder. 13. V. Es besteht noch Erbrechen von grünem Mageninhalt. Die Schmerzen im Kreuz sind noch vorhanden und in der Nierengegend ist noch leicht eine Resistenz zu fühlen. Im Urin Spuren von Eiweiß, im Sediment Blut. Im Urin keine Konkreme gefunden. 14. V. Die Schmerzhaftigkeit läßt immer mehr nach. Leucocytose 6000. 15. V. Das Abdomen ist weich, nirgends eine Resistenz zu fühlen. Auf starken Druck ist die Magen und rechte Nierengegend leicht schmerzhaft. Im Urin kein Eiweiß. Kein Sediment. Gestern Abend noch einmal Erbrechen. Appetit noch schlecht. Der Harn ist täglich auf Concremente angesehen worden, aber es fanden sich niemals welche. 18. V. Noch geringer Schmerz beim Druck auf den Magen — Geheilt entlassen.

Dies ist ein Fall, wo anamnestisch, abgesehen von den starken Lendenschmerzen fast alle charakteristischen Symptome fehlten, die irgendwie auf Erkrankung des Nierenbeckens hinweisen konnten. Im Gegenteil, die äussere Schmerzhaftigkeit am ganzen Abdomen und besonders in der Magen- und Ileocoecalgegend, das Vorhandensein einer Resistenz in der Ileocoecalgegend, dauernde Obstipatio, starker Indikangehalt, dauernd bestehende Übelkeit, Aufstoßen und wiederholtes Erbrechen, Beschleunigung des Pulses bis auf 110 und Steigerung der Temperatur bis auf 38° und mehr, — alle diese Symptome gaben eher Anlaß an akute Peritonitis, oder evtl. Ileus zu denken. An den ersten drei Tagen konnte im Urin trotz sorgfältiger makro- und mikroskopischer Untersuchung nichts für Pyelitis charakteristisches gefunden werden; erst am 4. Tage,

als man den katheterisierten Urin sorgfältig untersuchte, fand man Alb + (ca $\frac{1}{8}$ ‰); im Sediment rote und weiße Blutkörperchen, spärlich geschwänzte Nierenbeckenepithelien, keine Zylinder. Zahl der weißen Blutkörperchen 6560. Das cystoskopische Bild zeigte keine Veränderung in der Blase. Es gelang in den rechten Urether einen Katheter einzuführen und einen trüben blutenthaltenden Harn zu gewinnen. Mikroskopisch sah man zahlreiche rote Blutkörperchen, Leukozyten und geschwänzte Nierenbeckenepithelien. Zylinder waren nicht vorhanden. Also, nur durch die fortgesetzte, sorgfältige Harnuntersuchung wurde der Charakter dieser Erkrankung, als eine Pyelitis erkannt; die übrigen körperlichen Symptome gaben keinen Fingerzeig für diese Diagnose.

IV. Fall.

Aus dem Königl. Charité-Krankenhaus.

Hedwig Michael, Artistin, 38 Jahre.

Mutter gesund, Vater in Charité gestorben (?), Geschwister hat Patientin nicht.

Als Kind hat Pat. in Berlin gelebt, es ist ihr gut gegangen. Seit dem 19. Jahre ist sie Liedersängerin. Sie hatte damit genügend verdient, aber das Weintrinken bis in die Nacht hinein, sowie die Proben morgens waren für sie anstrengend. Aus Kinderkrankheiten: Diphtheritis. Im Jahre 94 Lungenentzündung und Influenza. Seit 1902 leidet Pat. viel an Kopfschmerzen, im Hinterkopf und in den Schläfen, und an Reissen in den Gliedern.

Jetzige Krankheit begann seit 3 Wochen mit starken Schmerzen in der Ileocoecalgegend. Wenn diese Schmerzen besonders heftig waren, sah der Urin rot aus und enthielt einen roten Bodensatz. Pat. hatte einen brennenden Schmerz beim Urinlassen, aber keinen gesteigerten Urindrang. Bis zum 17. XII. 05 lag Pat. zu Hause,

da die Schmerzen zunahmen, ließ sie sich in die Charité aufnehmen. Appetit gering, Durst nicht gesteigert, Stuhlgang meist regelmäßig. Urinlassen gegenwärtig ohne Beschwerden. Schlaf meist schlecht. Menses in der letzten Zeit um wenige Tage verfrüht und mit Schmerzen verbunden. Partus, Abortus, Infektio, = 0. Potus täglich mehrere Flaschen Wein.

Status praesens.

Pat. ist mäßig großer Statur und Muskulatur. Paniculus adiposus ziemlich schwach. Die Haut ist feucht und etwas blaß. Oedeme, Exantheme, Decubitus sind nicht vorhanden. Narben: am r. sternocleidomastoidrand eine 6 cm lange Narbe von Drüsenexstirpation im Jahre 96, 2 andere Narben am Hals von Drüseneiterung herrührend. Am linken Bein multiple Narben, von einem Exanthem während der Pubertät herrührend. Temperatur 37,4.

Respirationsorgane: Der Thorax ist symmetrisch gebaut. Die Athmung beträgt 22 in der Minute, kostaler Typus. Lungengrenzen: v. o. 2 Querfinger über d. Clavicula; r. v. u. — VI. Rippe; h. u. — XII Proc. Spin. Perkussion: schwache Schallverkürzung über den Spitzen. Hinten unten, rechts feuchte Rasselgeräusche.

Cirkulationsorgane: Spitzenstoß im V. Inter-costalraum, 1 Querfinger innerhalb der Mamillarlinie, schwach zu fühlen. Herzdämpfung: IV Inter-costl. — e Sternalrand. Herztöne rein; Arterien weich; Puls von geringer Spannung und Fühlung, Frequenz 84.

Digestionsorgane: Zunge etwas belegt. Leber, Milz nicht palpabel. Farbe — dunkelgelb, etwas rötlich. Eiweiß, Zucker, Indikan, Blut nicht vorhanden. Sediment ziemlich reichlich, größtenteils Epithelien, meist länglich und geschwänzt. Einige Lukozyten (granulierte Zylinder?!). In der Ileocoecalgegend ist ein äußerst schmerzhafter Tumor zu tasten, seine Grenzen sind wegen der starken Muskelkontraktion nicht zu bestimmen.

Nervensystem: Sensorium frei. Potellarreflexe sind schwach auslösbar. Am rechten Auge ein Leukoma nach Operation. Sehfähigkeit hier sehr gering. Papillen reagieren sehr träge. Pat. leidet an starken Kopfschmerzen; diese sollen sich beim Druck auf das obere Ende der erwähnten Schnittnarbe, in der Gegend des Kieferwinkels sehr verstärkt haben. Dabei ist die ganze Gegend stark druckschmerzhaft.

Therapie: Urotropin $\frac{5}{200,0}$ 3 mal tgl. 1 Eßlöffel Migraenin.

Tagesbericht: 19. XII. Kopfschmerzen verschwunden. Leukozyten 8100.

22. XII. Pat. klagt jetzt über starke Schmerzen in der rechten Inguinalgegend. Verordnung: Eisblase. Opium. Genikologische Untersuchung: Uterus anteflektiert. Beide Parametrien, so weit sie bei der starken Bauchdeckenspannung zu fühlen sind, frei. Diagnose-Appendicitis?

Uritherenkatheterismus ergibt nichts Pathologisches.

29. XII. In der Fossa supraspinata Knacken und leichtes Giamen hörbar. 30. 12. Die Schmerzhaftigkeit der Ileocoecalgegend hat bedeutend nachgelassen.

Der vorliegende Fall soll als Beispiel für die Möglichkeit einer unter Umständen leichten Verwechslung der Pyelitis mit einer Appendicitis dienen. Alle Symptome, die für Pyelitis sprachen, fehlten momentan. Dagegen fanden sich 3 Wochen lang anhaltende heftige Schmerzen und ein schmerzhafter Tumor in der Ileocoecalgegend; diese Anzeichen sprachen mit großer Wahrscheinlichkeit für eine Appendicitis. Nur sorgfältige und oft wiederholte Urinuntersuchungen entschieden diese sehr wichtige Differentialdiagnostische Frage und schützten vor einer falschen Diagnose, die unter Umständen zu sehr üblen therapeutischen Konsequenzen hinführen konnte. Die Urinuntersuchung ergab

keinen Eiweißgehalt, wohl aber ziemlich reichliches Sedi-
ment und mikroskopisch größtenteils geschwänzte Nieren-
beckenepithelien mit einigen Leucocyten.

Fall V.

Aus dem Königl. Charité-Krankenhaus. (19. IX. 1905.)

Johanna Priefert, 17 J. alt.

Äußere Verhältnisse: Seit der Einsegnung ist Pat.
im Hause ihrer Eltern mit Nàharbeiten beschàftigt. Sie hat
immer gesunde Wohn- und Arbeitsràume gehabt, doch
mußte sie dauernd gebückt sitzen und viel Staub einathmen.
Sie hat sich nie überarbeitet und immer ihr gutes Aus-
kommen gehabt.

Kinderkrankheiten: Masern, im Anschluß da-
ran bis zum 14. Jahre Ohrenlaufen und Ohrenscherzen,
besonders im linken Ohr.

Jetzige Krankheit: Am Abend des 13. IX. 05.
aß Pat. Pellkartoffeln, obwohl sie wußte, daß sie stets am
nàchsten Tage unter Verdauungsstörungen zu leiden hatte.
Am nàchsten Tage (14. IX. 05.) erkrankte sie mit heftigem
Erbrechen; auch den Morgen-Kaffee mußte sie sofort wieder
von sich geben; ein Arzt verordnete eine Medizin, doch
hòrte das Erbrechen gar nicht auf; das Erbrochene schmeckte
zuletzt gallenbitter. Dieses Erbrechen dauerte bis 18. IX. 05.
Zugleich litt Pat. an stechenden und drückenden Schmerzen
in der Magenegend und in der Brust, die bis zum Rücken
ausstrahlten. Diese Schmerzen dauerten nach dem das
Erbrechen aufgehòrt hatte fort, und deswegen kam Pat.
in die Charité. Menses seit dem 15. Jahre regelmàßig.
Portus-Abortus-Potus-Infectio = 0. Schlaf ziemlich gut.
Appetit sehr schlecht. Durst stark gesteigert. Stuhl seit
6 Tagen nicht vorhanden. Urinlassen ohne Beschwerden.

Status praesens.

Patientin ist grozil gebaute Person, mit guter Mus-
kulatur und mäßig kràftigem Knochenbau. Die Haut blaß,

warm und feucht. Lippen und sichtbare Schleimhäute blaß. Exanteme, Oedeme, Narben, Decubitus, Drüsen sind nicht vorhanden.

Respirationsorgane: Thorax normal gebaut. Lungengrenzen: Apexes 3 Finger breit über d. Clavicula. V. U. R. — Hinterer Rand VI. Rippe; H. U. Bis XII Proz. Spinos. Perkussion ergibt in normalem Umfange hellen Lungenschall. Askultation ergibt überall normales vesikuläres Athmen ohne path. Nebengeräusche.

Zirkulationsorgane: Herzspitzenstoß im Inter-costalraum, 2 Finger breit innerhalb Mamillarlinie, wenig deutlich palpabel. Herzgrenze: Unterer Rand der II. Rippe links. Sternalrand. Herztöne: rein.

Digestionsorgane: Zunge belegt, kein Foetor ex ore. Abdomen nicht aufgetrieben, Die Lebergegend bis hinten zur Wirbelsäule von der IX. bis X. linken Rippe zum Teil sehr schmerzhaft. Die Leber ist druckschmerzhaft, aber nicht vergrößert und nicht palpabel. Die Milz ist gleichfalls nicht palpabel. Die Magengegend ist druckschmerzhaft. Probefrühstück: Gesamtazidität 24, Freie Säure 8.

Urin: Alb — Sacch — Indican = negativ. Verordnung: 4,0 Aspirin. Tagesbericht: 22. IX. Pat. klagt über erhebliche Schmerzen, die Lebergegend ist auf Druck schmerzhaft. In der Ileocoecalgegend ist eine sehr stark druckempfindliche, walzenförmige Resistenz zu fühlen. Pat. leidet an Obstipatio. Therapie: Einlauf. Urin: Alb, Sacch, Indican nicht vorhanden. 23. IX. Immer subfebrile Temperatur, außerordentliche Schmerzhaftigkeit in der Ileocoecalgegend und am Rücken in der rechten Nierengegend. Pat. klagt über brennende Schmerzen beim Urinlassen.

Urin zeigt: Reaktion sauer; Alb —; Sacch —; Indican + Diazo —; Blut +. Sediment: Viele weiße, ziemlich viele rote Blutkörperchen, einzelne geschwänzte Nierenbeckeneithelien. Keine Bakterien.

Ordinatio: Feuchtwarmer Umschlag auf die rechte Nierengegend. 25. IX. 06. Pat. klagt noch immer über Schmerzen im Leib beim Urinlassen. Temperatur nicht wesentlich gesunken, 26. IX. 06. Urin: Alb —; Sacch —; Indican +. Sudiment: Ziemlich viel Leucocyten, einzelne Epithelien, vereinzelte Erythrocyten. 1. X. Allgemeinbefinden ziemlich gut. Pat. leidet an starker Stuhlträgheit, hat fast nur nach Einläufen Stuhl. Schmerzhaftigkeit der Nierengegend zwar etwas geringer, aber doch noch immer ziemlich erheblich. Seit einigen Tagen kein Fieber mehr. 7. X. Nierenschmerzen sind geschwunden. Pat. steht das erste Mal auf. 9. X. Pat. fühlt sich wohl. 13. X. Pat. wird als geheilt entlassen.

Dieser Fall bietet weder anamnestisch noch klinisch irgend welche typischen Symptome, die unbedingt sofort auf die Erkrankung des Nierenbeckens hinzeigten. Die plötzliche Erkrankung gleich nach dem Abendessen unter andauernden Erbrechen und stechenden, drückenden Schmerzen in der Magengegend bei schon früher öfters vorhandenen Magenbeschwerden gab eher Anlaß, an irgend welche akute Magenerkrankung zu denken. Die rasche Abnahme der Schmerzen in erwähntem Gebiete, die Entwicklung einer stark schmerzhaften Druckempfindlichkeit und einer walzenförmigen Resistenz in der Ileocoecalgegend neben bestehender dauernder Obstipatio, wobei der Urin starken Indicangehalt zeigte, legte die Vermutung nahe, eine Appendicitis annehmen zu müssen. Die Urinuntersuchung auf Albumen während des ganzen Krankheitsverlaufs ergab nichts positives, bei der mikroskopischen fanden sich erst am 6. Krankheitstage Leucocyten, weniger rote Blutkörperchen, einzelne granulierte Zylinder und geschwänzte Nierenbeckenepithelien.

— Somit haben wir uns überzeugt was für einen wichtigen differentialdiagnostischen Wert die fortgesetzte Urinuntersuchung für die richtige Erkennung einer latent

verlaufenden Pyelitis hat. In therapeutischer, wie auch in gewissen zweifelhaften Fällen immer an die Möglichkeit zu denken, daß eine versteckte Pyelitis vorliegen kann, und deshalb soll man niemals die Untersuchung des Urins verfehlen, die sorgfältig und täglich ausgeführt werden muß, um so mehr, als uns die besprochenen Fälle darauf hinzuweisen scheinen, daß die Pyelitis viel häufiger vorzukommen pflegt, als man bis jetzt allgemein annahm.

Möge es mir gestattet sein, die angenehme Pflicht zu erfüllen meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Kraus für die Anregung zu dieser Arbeit, die gütige Überlassung des Krankenmaterials und lebenswürdige Durchsicht der Arbeit und Herrn Oberarzt Dr. med. Steyrer für seine Unterstützung meinen tiefgefühlten Dank aussprechen zu dürfen.

Thesen.

I.

Nicht jede akute Pyelitis braucht in dem Anfangsstadium Veränderungen in der chemischen und morphologischen Zusammensetzung des Harns hervorzurufen.

II.

Es gibt einseitige Pyelitiden, bei denen im Anfangsstadium vollständige Anurie vorhanden ist.

III.

Die Differentialdiagnose von Pyelitis mit Anurie gegenüber Erkrankungen des Wurmfortsatzes und des weiblichen Genitalapparates sind oft äusserst schwierig und durch Urethercatheterisation zu sichern.

Literatur.

1. Bozeman — Chronische Pyelitis.
 2. W. Erbstein — Nierenkrankheiten nebst den Affektionen des Nierenbeckens und der Ureteren.
 3. Freitag — Nierenkrankheiten (Vorträge).
 4. Fischl. — Beitrag zur Aetiologie und Diagnose der Pyelitis.
 5. Nöel Holle — Urétrites et pyélites.
 6. Israel — Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten.
 7. Küster, Ernst Friedrich — Über Pyelitis und Pyelonephritis.
 8. Neumann — Die Krankheit der Nieren und Blase.
 9. Siegmund Rosenstein — Krankheiten der Niere und des Nierenbeckens.
 10. Roth — Nieren- und Blasenkrankheiten.
 11. Senator — Die Erkrankungen der Niere.
 12. Rayer — Über Nierenkrankheiten.
 13. Strümpel — Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie.
 14. Schmidt Jahrbücher — Diagnose d. Pyelitis. 1904. 282.
 15. Schachowa — Untersuchungen über die Nieren.
 16. Neuendorf, Hans Friedrich — Zur Frage von dem Vorkommen einer spezifisch gonorrhöischen Pyelitis.
 17. Wentscher, Johannes Max. — Beitrag zur Aetiologie und chirurgisch. Behandlung d. akut. Pyelonephritis.
 18. Jahres-Bericht für Fortschritte d. Medizin 1902; 1880, (2); 1873, (2); 1886, (2); 1887, (2 T.); 1898, (2 T.).
 19. Wiener medizinische Presse 1870 (30, 31, 34). 1880 (34, 36).
 20. Zentralblatt für innere Medizin 1902 (8) — Untersuchung d. Cystitis u. Pyelitis.
-

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Moses Liewschitz, mosaischer Konfession, Sohn des Kaufmanns Boris Liewschitz, wurde am 24. Mai 1882 zu Cherson (Russland) geboren. Nachdem er am 2. Juni 1901 das Gymnasium zu Cherson absolviert hatte, liess er sich im Oktober desselben Jahres als ordentlicher Hörer der medizinischen Fakultät der Universität Berlin immatrikulieren, wo er ununterbrochen zehn Semester bis zur Promotion studierte.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

v. Bergmann, Bennecke (†), Borchardt, Bumm, Engelmann, Greef, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Holltermann, Jacobsohn, Koblack, W. Krause, Kraus, v. Leyden, Lesser, Lewin, v. Michel, M. Michaelis, E. Meyer, Mendel, Nagel, Pick, Rawitz, Senator, Salkowsky, Orth, Rubner. Ziehen, Waldeyer, Warburg und H. Virchow.

Ihnen allen spricht der Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.
